Aus der medizinischen Klinik zu Bonn.

Weitere Untersuchungen über Pharynxreflexe bei Normalen und Hysterischen.

Dissertation

bei der

Meldung zum Doktorexamen

der medicinischen Fakultät

der

Rheinischen Friedrichs-Wilhelms-Universität

zu BONN

vorgelegt

von

Leonhard Bircks

aus Crefeld.

BONN 1894.

Buchdruckerei Joseph Bach Wwe.

Ein Leiden, das wie wenig andere gerade in letzter Zeit für Aerzte und Laien ein Gegenstand höchsten Interesses ist, ist die Hysterie; für Aerzte wegen der grossen Fortschritte, welche die Erforschung dieser Krankheit in den letzten Jahren gemacht hat, für Laien aus Gründen, deren Erörterung hier wohl nicht am Platze sein dürfte. Die jüngsten Erforschungen der Hysterie, um die sich u. A. besonders der jüngst verstorbene französische Nervenarzt Charcot aus Paris verdient gemacht hat, machten die alte Anschauung, dass die Hysterie eine allgemeine funktionelle Erkrankung des gesammten Nervensystems sei, sodass bald dieser bald jener Abschnitt desselben in seinen Funktionen gestört sein könne, unhaltbar. Die Hysterie wird nämlich jetzt aufgefasst als eine Erkrankung, welche sich ausschliesslich auf die mit den psychischen Vorgängen verknüpfte Gehirnthätigkeit bezieht, also etwa als eine Psychose, aber in dem erweiterten Sinne des Wortes, dass sich die Störung nicht nur auf den normalen Ablauf der psychischen Vorgänge selbst erstreckt, sondern ebenso auch auf die Verknüpfung derselben mit den rein körperlichen Innervationsvorgängen. So machen sich denn die Erscheinungen der Hysterie in allen nur möglichen Gebieten des Nervensystems geltend, insofern diese von psychischen Vorgängen abhängig oder durch letztere verändert sein können. Daher zeigen auch die Symptome der Hysterie,

sowohl die permanenten wie auch die intervallären eine derartige Mannigfaltigkeit, wie sie wohl keiner anderen Krankheit zukommt; bald sind es Störungen der Sensibilität, bald der Motilität, bald haben wir Störungen auf dem Gebiete der Sekretionen, der Ernährung, des Kreislaufes u. s. w.

Unter dieser fast sprichwörtlich grossen Zahl von Symptomen giebt es doch gewisse, welche gerade bei der Hysterie so häufig vorkommen und dabei zum Teil so eigenartig sind, dass sie oft schon allein von ausschlaggebender diagnostischer Bedeutung sind. Man bezeichnet solche Symptome, welche meist andauernd vorhanden sind und daher jeder Zeit leicht aufgefunden werden können, nach dem Vorgange von Charcot als „hysterische Stigmata".

Unter diesen hysterischen Stigmata sind jedenfalls die wichtigsten weil häufigsten diejenigen, welche sich auf die Sinnesempfindungen beziehen und zwar handelt es sich hier um Störungen im gesamten Sinnesgebiete, also zunächst um Sensibilitätsstörungen der Haut, und dann um solche in den Funktionen aller übrigen Sinne, des Gesichts, Gehörs, Geruchs, Geschmacks. Ueber diese Sensibilitätsstörungen, welche sich in den verschiedensten Formen als totale Anästhesie oder Hyperästhesie, als Hemianästhesie, als vollständige oder unvollständige Analgesie zeigen, finden sich recht interessante Bemerkungen in einem von M. Gilles de la Tourette 1891 zu Paris herausgegebenen Werke: Traité Clinique et Térapeutique de l'Hysterie. In diesem Werke nun, welches die von Charcot und seiner Schule beim Studium der Hysterie gemachten Beobachtungen wiedergiebt, und auf welches sich die nachfolgenden Bemerkungen beziehen, finden sich ganz auffallende Mitteilungen über

die Zahl der hysterischen Personen überhaupt und besonders über das Verhältnis der an Hysterie leidenden Männer zu dem der Frauen.

So fand Bodenstein in der Poliklinik der Professoren Eulenburg und Mendel unter 11,225 Nervenleidenden 1224 Hysterische und unter diesen wieder 122 männlichen Geschlechts, so dass also das Verhältnis der hysterischen Männer zu den Frauen sich auf etwa 1 : 10 stellte.

Pitres in Bordeaux fand unter 100 Hysterischen 31 Männer und 69 Frauen, also ein Verhältnis von fast 1 : 2.

Ein besonders auffallendes Resultat erhielt M. P. Marie, welcher im Mai 1889 Untersuchungen über die Häufigkeit der Hysterie bei den verschiedenen Geschlechtern anstellte. Als „hysterisch“ bezeichnete er jede Person bei der er „une anesthésie généralisée, une hemianesthésie ou une anesthésie limitée à un membre“ fand; ferner diejenigen, chez lesquels il existait une diminution très marquée de la sensibilité d'un côté du corps“, welchen Zustand er mit dem Namen „Hysterie massive“ bezeichnete. Hierbei fand er auf 525 Männer, die er wegen verschiedener nervöser oder nicht nervöser Krankheiten behandelte, 250 mit seiner hysterie massive und auf 179 Frauen nur eine einzige.

C'est à dire, fährt Marie fort, que l'hysterie massive se montre avec une prédominance beaucoup plus grande chez les hommes que chez les femmes puis que pour les premiers elle est 8 fois plus fréquente que pour les sécondes. Dieses auch ihm sehr auffallende Resultat sucht Marie dadurch zu erklären, dass er sagt, die Hysterie beim Manne sei in den oberen und mittleren Klassen der Gesellschaft sehr selten im Vergleich zu der unteren, was

bei der Hysterie der Frauen nicht der Fall sei, und die Männer der unteren Gesellschaftsklassen, welche hauptsächlich die Klientel der Krankenhäuser bildeten, seien viel mehr als die Frauen ausgesetzt den agents provocateurs der Hysterie, als welche er „les traumatismes et les intoxications“ bezeichnet. Zum Schluss resumiert Marie sein Urteil in folgenden Worten: l'hysterie male dans les classes inférieurs de la société est très fréquente, elle semble même beaucoup plus fréquente que l'hysterie féminine.

M. Girode hat im Verlaufe eines Jahres auf einem Krankensaale, der 30—40 Betten fasste, und auf dem alle Krankheiten behandelt wurden, die in das Gebiet der inneren Medicin gehören, 15 Fälle männlicher Hysterie beobachtet, also gewiss eine sehr hohe Zahl. Leider sind über die Art und Weise seiner Diagnosenstellung in dem angeführten Werke von Gilles de la Tourette bestimmte Angaben nicht vorhanden.

M. Souques kommt zu dem Resultate, dass die Hysterie beim Manne doppelt so häufig sei als bei der Frau. Seine Diagnose stellt er aber auch nicht so leicht, wie Marie, denn er sagt: sons la roubrique „hysterie“ nous n'avons admis que de certainscas, patents dont le diagnostic était au moins basé sur la réunion des signes suivants:

anesthésie sensitivo-sensorielle
partielle ou généralisée
anesthésie pharyngée
rétrécissement concentrique
du champ visuel.

Auch Souques giebt als Ursache der so häufig vorkommenden männlichen Hysterie an: les hommes qui forment la clientèle des hôpitaux seraient beaucoup plus

fréquemment exposés que les femmes aux agents provocateurs de l'hysterie: traumatismes, intoxications.

Zunächst muss uns nun ganz entschieden die überaus grosse Zahl der Hysterischen überhaupt auffallen, welche die französischen Forscher anführen. Während hier in Deutschland die Hysterie, wenn auch gerade keine seltene, so doch auch durchaus keine sehr häufig vorkommende Krankheit ist, hat Bodenstein doch auf je 10 Nervenkranke eine hysterische Person gefunden, welches Resultat doch mit Recht einiges Aufsehen erregt. Die Erklärung M. Rosenthals, dass ein Volk um so mehr zur Hysterie praedisponiert sei, je mehr sich hochgradige Erregbarkeit und Empfänglichkeit im Charakter desselben finden (er spricht von „heissblütigen, phantasievollen Italienern, sprühenden, ruhmgierigen Franzosen) mag ja zutreffend sein, besonders auch für den „zarteren eindrucksreicheren weiblichen Teil" eines Volkes. Aber das ist doch immer noch keine Erklärung für die ganz ausserordentliche Häufigkeit der männlichen Hysterie in Frankreich, die doch nach Souques und Marie 2—8 mal so oft vorkomme als die weibliche.

Es ist vielmehr anzunehmen, dass die französischen Forscher mit der Aufstellung der Diagnose Hysterie nicht allzu rigoros verfahren sind, sondern dass sie mit ihren von Charcot angegebenen Stigmata entschieden etwas zu schematisch und zu rasch verallgemeinernd vorgegangen sind. M. Marie stellte ja seine Diagnose bereits auf eine vorhandene, wenn auch auf einen kleinen Teil des Körpers beschränkte Anästhesie hin, und Souques liess ja folgende drei Stigmata für seine Diagnose entscheidend sein: allgemeine oder partielle Anästhesie, Pharynxanästhesie und Einengung des Gesichtsfeldes.

Auf Veranlassung des Direktors der medizinischen

Klinik in Bonn, des Herrn Professors Dr. Fr. Schultze stellte Engelhardt im vorigen Jahre Untersuchungen über Pharynxreflexe Hysterischer und Normaler an und fand, dass bei 56—59 % von normalen Individuen die Reflexe gut ausgelöst wurden, bei 17—18 % sich eine Abschwächung bald des einen bald des andern der Reflexe fand und endlich bei 25—26 % der untersuchten normalen Personen überhaupt keiner der Reflexe ausgelöst wurde. Unter 10 Hysterischen, welche Engelhardt zu gleicher Zeit untersuchte, liess sich die Reflexerregbarkeit des Pharynx stets nachweisen, wenn auch bei drei derselben nur nach starken Reizen.

Diese von Engelhardt begonnene Untersuchung der Pharynxreflexe bei Normalen und Hysterischen fortzusetzen, war nun das Ziel, welches sich Verfasser bei Anfertigung dieser Arbeit steckte. Das Ergebnis dieser Untersuchung soll nun im Folgenden kurz mitgeteilt werden, da aus ihm unschwer einige Schlüsse über die Berechtigung der Diagnose Hysterie, wie sie z. B. von Souques gestellt wurde, und damit auch auf die Häufigkeit dieser Krankheit in Frankreich gegenüber den anderen Ländern zu ziehen sind.

Verfasser untersuchte im Laufe der letzten Monate 200 Personen auf Reflexerregbarkeit des Pharynx und zwar in der Weise, dass die Zunge mit einem Spatel hinabgedrückt und dann die hintere Pharynxwand und die beiden Gaumensegelböden mit einem Holzstifte bestrichen wurden, wodurch ja im ersteren Falle Schling- und im letzteren Falle Würgbewegungen hervorgerufen werden sollen.

Sämmtliche untersuchten Individuen waren männlichen Geschlechtes und ein grosser Teil derselben befand

sich wegen irgend eines Traumas in ärztlicher Behandlung, zum Teil in der hiesigen chirurgischen Klinik. Diese wurden gerade deshalb besonders zur Untersuchung herangezogen, weil ja, wie wir oben gesehen haben, Marie und sein Kollege Souques gerade Traumata als ein hervorragendes ätiologisches Moment für die Hysterie bezeichnen.

Zugleich wurden sämtliche 200 Personen auf eine etwaige Analgesie untersucht und zwar mit Rücksicht auf die Behauptung von M. Gilles de la Tourette, dass der Verlust des Schmerzgefühls die häufigste unter allen vorkommenden Sensibilitätsstörungen sei, wofür er zum Beweise u. a. Briquet anführt, der unter 240 Personen, bei denen er eine Störung der Sensibilität nachzuweisen in der Lage gewesen sei, keine einzige gefunden habe, bei der er nicht auch eine Analgesie bis zu einem gewissen Grade habe konstatieren können. Diese Untersuchung wurde durch Kneifen und Stechen mit einer feinen Nadel gemacht, wobei nach einem bestimmten Schema Gesicht, Hals, Rumpf, obere und untere Extremitäten geprüft wurden. Das Resultat dieser Untersuchung war aber ein vollständig negatives, da Verfasser nicht in der Lage war, bei auch nur einem einzigen der untersuchten Individuen irgend eine deutliche Störung des Schmerzgefühls nachzuweisen.

Doch kehren wir zu der Frage zurück, wie sich die Reflexerregbarkeit des Rachens bei den vom Verfasser untersuchten Hysterischen verhält und vergleichen dann nachher damit das Resultat der gleichen Untersuchung bei den 200 nichthysterischen Individuen.

Erster Fall.

A. F. eine 25 Jahre alte Köchin aus Bonn, trat

am 19. IV. 1893 in die Klinik ein und wurde am 2. VII. 93 entlassen.

Patientin hat sehr wechselnde Klagen, bald Schmerzen im Leib, bald in der Brust, bald in den Ohren, Schultern und Extremitäten. Objektiv war an keiner Stelle irgend etwas nachweisbar. Die wiederholte Prüfung der Sensibilität ergiebt an manchen Tagen eine deutliche Herabsetzung der Berührungsempfindlichkeit am ganzen Körper; stärkere Berührung wie leisere Striche mit dem Bleistifte werden nicht wahrgenommen, hingegen kalt und warm deutlich unterschieden. Dabei zeigt sich eine deutliche in zerstreuten Heerden auftretende Hyperaesthesie mit Bevorzugung der linken Körperhälfte. Gleichzeitig lassen sich deutliche hysterogene Zonen nachweisen und zwar in der Nähe beider Brustwarzen sowie in der Nähe beider Ovarien.

Zu anderer Zeit jedoch ist der Sensibilitätsbefund vollkommen normal und man gewinnt den Eindruck, als ob die beschriebenen Störungen der sensiblen Sphäre der Patientin durch das häufige Untersuchen suggeriert worden seien. Auch sonst ist das Befinden der Patientin sehr wechselnd, einmal hat sie die angegebenen Schmerzen an bestimmter Stelle, dann wechseln wieder Zustände völliger Schmerzlosigkeit ab mit Perioden, in denen Patientin „überall“ Schmerzen empfinden will und „vor Schmerz“ kein Glied rühren zu können vermeint.

Die Rachen- und Gaumensegelreflexe sind deutlich auszulösen.

Zweiter Fall.

F. Z., eine 28 Jahre alte Kaufmannsgattin.

Patientin, welche privat-ärztlich behandelt wird, klagt sehr viel über Beschwerden beim Sprechen; meist

ist sie sehr heiser, dann wieder kommen abwechselnd Tage, an denen sie gar nicht sprechen zu können vorgiebt und auch wieder solche, an denen die Stimme völlig normal ist. Bei der laryngoskopischen Untersuchung ist eine Rötung der Stimmbänder nicht nachzuweisen, doch nähern sich dieselben nicht vollständig. Bei Anwendung des faradischen Stromes kehrt die Stimme stets wieder zurück, einmal sogar bei blosser Drohung der Anwendung desselben. Sodann zeigt Patientin in stark ausgeprägtem Masse die der Hysterie eigentümlichen Charaktereigenschaften; so fällt sie leicht von dem einen Extrem der Stimmung in das andere; zeitweise ist sie gegen ihre Umgebung recht liebenswürdig und anziehend, zu anderen Zeiten dagegen zeigt sie eine ausserordentliche Reizbarkeit und Launenhaftigkeit, verbunden mit starkem Eigensinn und Hartnäckigkeit bei Ausführung ihrer oft unsinnigen Pläne, besonders wenn sie in Beziehung zu ihrer übermässigen religiösen Schwärmerei stehen.

Das Verhalten der Sensibilität ist ein vollkommen normales; auch ophthalmoskopisch ist nichts abnormes nachweisbar.

Rachen- und Gaumensegelreflex sind vorhanden.

Dritter Fall.

C. B., 21 Jahre alt, in der Klinik vom 6. XII. 1893 bis zum 13. I. 1894.

Patientin hat vor ungefähr 8 Wochen beim Bücken und Wiederaufrichten starke reissende Schmerzen im Rücken verspürt, worauf ihr bald das Gehen beschwerlich und nachher nur unter grösster Anstrengung auf ganz kurze Zeit möglich wurde. In den Beinen bestand

laut Angabe ein taubes Gefühl und Kriebeln mit beständiger Bevorzugung des linken Beines. Auch in den Armen und Händen stellte sich ein abnormes Gefühl ein; die Finger krümmten und streckten sich unwillkürlich, wobei wiederum die Beschwerden links stärker als rechts waren. Convulsionen sollen nie vorhanden gewesen sein.

Bei der Aufnahme zeigte sich folgendes: Die Untersuchung der inneren Organe ergiebt nichts abnormes. Patientin ist imstande zu gehen; doch geht sie vorsichtig und hebt die Füsse nicht in normaler Weise, sodass ihr Gang etwas klebend wird. Weitere Anomalien des Ganges bestehen nicht. Die motorische Kraft der Beine ist beiderseits normal. Im Rücken, an der Wirbelsäule, an den Armen und im Bereiche der Gehirnnerven keine Abnormität.

Die Prüfung der Sensibilität ergiebt nichts abnormes.

Die ophthalmoskopische Untersuchung ergiebt normale Sehschärfe beiderseits, Fundus normal.

Rachen und Gaumensegelreflex sind auch bei starkem Bestreichen mit dem Holzstifte nicht auszulösen.

Vierter Fall.

L. Sch., ein 36 Jahre alter Photograph, in der Klinik vom 25. X. bis 27. X. 1893.

Patient, der früher stets gesund gewesen sein will, begann vor 6 Jahren nervenleidend zu werden. Schlaflosigkeit und Schmerzen im Hinterkopf traten ein; letztere dauerten etwa 3 Wochen und stellten sich nach kurzen Unterbrechungen immer wieder ein. Seit 3 Jahren will Patient auch öfter Krampfanfälle gehabt haben, die zuerst etwa alle 4 Wochen, später jedoch häufiger, manch-

mal sogar bis zu 3 mal wöchentlich auftraten und bei denen Patient angeblich bewusstlos war. Ein Vorgefühl des kommenden Anfalles soll nie vorhanden gewesen sein.

Vor 2 Monaten wurden ziemlich plötzlich beide Unterschenkel des Patienten „gefühllos", so dass er auf den Knieen rutschen musste; und vor 10 Tagen wurden auch die Oberschenkel schwach und gefühllos und will Patient seit der Zeit nicht mehr gehen und stehen können.

Bei der Aufnahme zeigte sich folgendes:

Patient zeigt guten Körperbau und Ernährungszustand. Keine Oedeme, keine Exantheme. An den inneren Organen abnormes nicht nachweisbar. Die Untersuchung des Centralnervensystems ergiebt im Bereiche der Hirnnerven keine Abweichung von der Norm; die Motilität des Rumpfes und der oberen Extremitäten ist intakt; alle Bewegungen sind frei und geschehen in normalen Grenzen. Das Volumen beider Beine ist gleichmässig gut; es finden sich keine lokalisierten Atrophien. Patient kann das gestreckte Bein etwas von der Unterlage erheben, ferner Bewegungen in den Fuss-, Knie- und Hüftgelenken ausführen. Dieselben geschehen jedoch nicht in ganz normalen Grenzen und werden mit geringer Kraft ausgeführt. Spastische Erscheinungen sind nicht vorhanden. Haut- und Sehnenreflexe sind vorhanden. Richtet man den Patienten auf, so knickt er sofort in den Knieen zusammen und fällt ohne Unterstützung zu Boden; wird er beiderseits an den Armen geführt, so macht er auch dann nicht das Knie gerade, sondern geht mit gebeugten Knieen einher.

Am 25. Oktober Abends 11 Uhr bekam Patient einen Anfall von klonischen Krämpfen, hauptsächlich in den Armen; nach Angabe der Augenzeugen keine tonischen Krämpfe. Auf Anrufen erfolgte keine Reaktion

keine Bewegung der Augenmuskulatur, aber deutlich erhaltener Cornealreflex.

Die Prüfung der Sensibilität ergab eine hysterogene Zone in der Inguinalgegend; sonstige Abnormitäten nicht nachweisbar.

Der Pharynxreflex, sowie der des Gaumensegels sind gut auslösbar.

Fünfter Fall.

M. D., eine 11 Jahre alte Kaufmannstochter aus Vettweis, in der Klinik vom 8. bis 15. IV. 1894.

Patientin, welche abgesehen von einem Influenzaanfall stets gesund gewesen sein soll, will vor fünf Wochen früh morgens ganz plötzlich heftige Schmerzen im Rücken und in den Beinen gehabt haben, so dass sie kaum gehen und stehen konnte und sich gleich wieder zu Bett begeben musste. Der Zustand verschlimmerte sich, so dass vollständige Unmöglichkeit des Gehens sich einstellte. Während dieser Zeit soll das Kind nach Angabe des Vaters gefiebert haben. Nach etwa 8 Tagen besserte sich dann der Zustand wieder etwas, wogegen seit 14 Tagen wieder eine Verschlimmerung eintrat.

Bei der Aufnahme zeigt Patientin einen sehr langsamen zögernden Gang mit ganz kleinen Schritten. Das Mädchen ist gracil gebaut mit entsprechender Muskulatur und mässigem Fettpolster. Die Temperatur beträgt 37.0, das Sensorium ist frei. Die Untersuchung der inneren Organe ergiebt normale Verhältnisse. Die Wirbelsäule ist ohne Deformität, der untere Dorsalwirbel auf Druck etwas empfindlich. Bei der Untersuchung des Centralnervensystems zeigt sich, dass alle Bewegungen von der Patientin mit normaler Kraft und in normalen Grenzen

ausgeführt werden. Keine lokalisierten Atrophien. Reflexe lebhaft.

Sensibilitätsstörungen sind nicht nachweisbar.

Rachen und Gaumensegelreflex sind deutlich auslösbar.

Sechster Fall.

M. M., 23 Jahre alt, in der Klinik vom 23. V. bis 11. VI. 94.

Seit Januar klagt Patientin über Schmerzen in der rechten Seite des Abdomens, sowie über Schmerzen im ganzen Rücken und in den letzten Tagen auch über Schmerzhaftigkeit der linken Seite des Abdomens. Auch hat sich ebenfalls seit Januar häufiges Erbrechen eingestellt, und zwar trat dasselbe jedesmal gleich nach dem Essen auf. Während früher die Schmerzen andauernd gewesen sein sollen, treten sie in letzter Zeit innerhalb 24 Stunden etwa 4 mal auf und dauern etwa eine halbe Stunde. Haematemesis oder theerfarbene Stühle sind von der Patientin nicht bemerkt worden.

Die Untersuchung der Patientin ergab normal configuriertes Abdomen, in der Mittellinie unterhalb des Nabels zeigte sich starke Druckempfindlichkeit; keine abnorme Resistenzen, keine abnorme Dämpfungen. Leber und Milz nicht palpabel, Epigastrium nicht aufgetrieben, nicht druckempfindlich, keine abnorme Peristaltik und Antiperistaltik.

Patientin erbricht fast alles, was sie zu sich nimmt und zwar kommen die Speisen fast unmittelbar nach der Einführung und fast unverändert wieder heraus. Es zeigt sich jedoch, dass die Qualität der Speisen von deutlichem Einflusse auf Schmerzen und Erbrechen sind. So verspeist Patientin Häringe sowie Chocolade mit

grossem Appetit, ohne dass nachher Erbrechen eintritt, wogegen der Genuss von Milch, Eiern und anderen Speisen sofortiges Erbrechen hervorruft.

Die Untersuchung der Sensibilität ergab eine geringe Indolenz; stärkeres Kneifen wurde nur als leicht schmerzlich bezeichnet.

Rachen- und Gaumensegelreflex sind selbst bei starken Reizen nicht auslösbar.

Siebenter Fall.

M. O., 24 Jahre alt; in der Klinik seit dem 9. VI. 94.

Bei der Patientin, die vordem stets gesund gewesen sein soll, stellten sich vor etwa 6 Jahren plötzlich Schreikrämpfe ein, zumal bei Gemütserregung, aber auch ohne dieselbe. Patientin schrie dann so laut, dass man es angeblich Häuser weit hören konnte und zwar 2—3 Minuten lang; oft aber auch bis zu $^1/_4$ Stunde und länger. Etwa ein Jahr nachher traten dann Convulsionen von äusserst variabler Natur auf; Patientin verlor dabei das Bewusstsein, der Körper war bald Sitz lebhafter klonischer Zuckungen, während zu anderen Zeiten mehr tonische Starre Platz griff und der Körper in oft unnatürlichen Stellungen fixiert wurde. Diese Anfälle traten in ganz unregelmässigen Intervallen auf, doch nur am Tage. Den Schluss derselben bildeten meist Schreikrämpfe, krankhafte Hustenparoxismen mit Schleimauswurf. Im Dezember 1892 trat erhebliche Verschlimmerung ein, indem die Anfälle an Häufigkeit, Intensität und Dauer stark zunahmen, oft $2^1/_2$ Stunden dauerten und mehrfach am Tage wiederkehrten. Im Januar 1893 trat vorübergehend Besserung ein, um im Juni desselben Jahres einer erneuten Exacerbation Platz zu machen;

eine Lähmung bestand nicht. Im Januar dieses Jahres traten 3 Tage lang eine Reihe fast ununterbrochener äusserst heftiger Krampfanfälle auf, gefolgt von grossem Collaps und schwerem Daniederliegen des Allgemeinbefindens. Im Anschluss daran stellte sich absolute Lähmung aller 4 Extremitäten ohne Betheiligung des Gesichtes ein; 2 Tage später war der rechte Arm und das linke Bein beweglich, während nach weiteren 8 Tagen infolge ärztlicher Suggestion die linken Extremitäten vollständig beweglich, die rechten gelähmt waren, ein Zustand, der sich bis jetzt noch erhalten haben soll. Neben diesen nervösen Störungen machte sich eine sehr grosse Launenhaftigkeit des Appetits geltend, die oft sogar sich bis zu bedrohlicher Nahrungsverweigerung steigerte. In den krampffreien Intervallen ist die Stimmung der Patientin bald eine sehr niedergedrückte, bald ist sie sehr ausgelassen; auch wurde von den Angehörigen Neigung zu religiöser Schwärmerei beobachtet. Seit 9 Wochen ist die Patientin sehr heiser, zeitweilig vollständig stimmlos; auch hat sie in letzter Zeit schlecht hören können.

Die Untersuchung des Nervensystems der Patientin, an deren inneren Organen sich keine Abnormität zeigt, ergiebt folgendes:

A. Hirnnerven:

I. Links nicht sehr bedeutende Herabsetzung des Geruchsinnes.

II. Pupillen gleich und reagieren; keine Gesichtsfeldeinengung, am Augenhintergrund nichts abnormes.

III., IV., VI. Nichts abnormes.

V. An dem linken os parietale eine etwa 50 Pfg.-stück grosse empfindliche Stelle, angeblich Sitz spontaner Schmerzen; sonst keine Abnormität.

VII. Ohne Abnormität.

VIII. Das Ticken einer Uhr wird rechts zeitweise gar nicht, zeitweise nur dann vernommen, wenn die Uhr unmittelbar an den äusseren Gehörgang gehalten wird. Die Fortleitung durch den Knochen ist am Stirnbein normal, an anderen Stellen fehlt dieselbe oder ist abgeschwächt. Links wird das Ticken der Uhr direkt vor das Ohr gehalten gar nicht wahrgenommen, wohl aber, wenn man sie an das Stirn- und Jochbein hält. Auf eine Entfernung von etwa 4 Meter wird ziemlich lautes Schreien nicht mehr gehört.

IX. Links ist eine Herabsetzung des Geschmacksvermögens zu konstatieren.

X., XI. Keine erhöhte Pulsfrequenz, keine Arythmie, keine Recurrensparese. Laryngoskopisches Bild Stimmbänder nicht gerötet, schliessen vollkommen. Taschenbänder, Epiglottis, Aryknorpel ebenfalls normal; ziemlich starke Heiserkeit; keine Parese des Cucullaris oder Sterno-cleido-mastoideus.

XII. Zunge wird gerade herausgestreckt, etwas belegt, feucht, zittert stark.

B. Obere Extremitäten: Motilität:

Rechts sind sämtliche Bewegungen im Schulter-, Ellenbogen-, Hand- und Fingergelenke unausführbar, auch leise Andeutungen aktiv nicht möglich. Der Arm wird im Ellenbogen- und Handgelenke extendiert gehalten, während die Finger zur Faust geballt und der Daumen eingeschlagen ist. Passive Bewegungen stossen im Ellenbogen- und Handgelenk auf sehr erheblichen Widerstand, der selbst mit grosser Kraftanstrengung nicht zu überwinden ist. Die Finger hingegen können mit einiger Kraftaufwendung extendiert werden, wonach sie jedoch gleich ihre frühere Stellung wieder einnehmen.

Trotz der 5monatlichen Dauer dieses Zustandes sind nicht die geringsten Zeichen von diffuser oder lokaler Atrophie vorhanden.

Sensibilität: Leise Berührungen und Striche werden nur an der Hand und den Fingern genau wahrgenommen; spitz und stumpf wird nicht deutlich unterschieden. Die Schmerzempfindung ist sehr erheblich herabgesetzt; tiefes Einstechen mit einer Nadel sowie sehr starkes Kneifen wird nur als Berührung empfunden. Nahezu kochendes Wasser wird als mässig warm bezeichnet; nur an den Fingern zeigt die Temperatur wie auch die Schmerzempfindung annähernd normales Verhalten.

An der linken oberen Extremität sind die Verhältnisse vollkommen normal.

C. Untere Extremität:

Rechts: Vollkommene Lähmung und Verlust der Bewegung in allen Gelenken, nur mit den Zehen geringe Excursionen ausführbar. Bei passiven Bewegungsversuchen zeigt sich im Hüft- und Kniegelenk nicht zu überwindender Widerstand; hingegen lassen sich im Fussgelenk passive Bewegungen nach allen Richtungen in mässigen Grenzen ausführen.

Sensibilität: Normales Verhalten nur an der Fusssohle nachweisbar. In den übrigen Partieen, besonders in der Mitte des Unter- und Oberschenkels, werden Nadelstiche und starkes Kneifen gar nicht oder nur kaum empfunden. Temperatursinn gleichfalls unter der Norm. Patellar- und Achillessehnenreflex abgeschwächt.

Keine trophischen und vasomotorischen Störungen.

An der linken Unterextremität normale Verhältnisse.

D. Rumpf. Die rechte Körperhälfte zeigt eine deutliche Herabsetzung der Sensibilität in allen Qualitäten; keine ausgesprochen hysterogenen Zonen. Bauchreflex erhalten, Lendenwirbel etwas druckempfindlich. Patientin kann sich aus der Rückenlage ohne Unterstützung aufrichten.

Am 10. Juni Mittags um 2 Uhr bekam Patientin einen ausgesprochen hysterischen Anfall.

Der Pharynxreflex ist abgeschwächt, da er sich nur bei ganz starkem Reiz auslösen lässt; rechts ist die Abschwächung stärker als links.

Achter Fall.

J. K., 32 Jahre alt, in der Klinik vom 23. XI. 1893 an.

Patientin will in der Jugend viel an Unterleibsleiden, Magenkrämpfen und Nervenzucken gelitten haben. Vor 9 Jahren stellte sich plötzlich ein Ziehen in allen Gliedern ein, wobei Patientin das Bewusstsein verlor. Seit dieser Zeit konnte Patientin, da sich Verkrümmungen der Arme und Beine einstellten, das Bett nicht mehr verlassen. Sodann klagt Patientin über Schmerzen im ganzen Leibe, insbesondere über Schmerzhaftigkeit der Gelenke und Glieder, sodann über heftige Magenkrämpfe, Erbrechen und Appetitlosigkeit und vieles andere.

Bei Untersuchung der Patientin lässt sich an den inneren Organen nichts abnormes konstatieren. Die Muskulatur der mässig genährten, etwas blassen Patientin ist ziemlich gut entwickelt und für gewöhnlich nicht kontrahiert. Die gewöhnliche Lage im Bett ist die Rückenlage. Die Beine sind ziemlich stark adduciert, sodass sie beständig aneinanderliegen; im Hüftgelenk sind dieselben soweit gebeugt, dass die Fusssohle auf

der Unterlage aufsteht und die Kniee in rechtwinkliger Beugestellung gehalten werden. Bei passiven Beuge- oder Streckversuchen kontrahieren sich die betreffenden Muskeln. Veränderungen in den Gelenken, in denen kleine ruckweise Bewegungen möglich sind, lassen sich nicht konstatieren.

Die Arme werden für gewöhnlich im Ellenbogengelenk nicht ganz bis zum rechten Winkel gebeugt gehalten. Hier gelingt passive Beugung und Streckung etwas besser als an den Beinen, völlige Streckung aber nur bei länger dauerndem kontinuierlichem Druck. Ebenso gelingt hier auch aktive Bewegung, aber erst auf längeres Zureden.

Die Finger werden stark gebeugt gehalten; der Daumen adduciert, flektiert, nicht eingeschlagen. Streckung der Finger gelingt aktiv fast gar nicht, passiv nur sehr schwer. Auch hier lassen sich Veränderungen an den Gelenken nicht konstatieren.

Im Bereiche der Hirnnerven ist eine Abnormität nicht zu konstatieren. Patellar- und Achillessehnenreflex sind abgeschwächt, bei Bestreichen der Achillessehne ist reflektorische Beugung im Hüftgelenke wahrzunehmen. Supinator- und Tricepsreflex vorhanden.

Die Untersuchung auf taktile Sensibilität ist unmöglich, da Patientin regelmässig auf Befragen angiebt, sie empfinde die Berührung, selbst wenn man sie noch gar nicht berührt hat. Schmerzempfindung ist erhalten; es scheint etwas Hyperaesthesie zu bestehen, da Patientin schon auf ganz mässiges Kneifen hin mit Schmerzäusserung reagiert.

Die Prüfung des Pharynxreflexes ist sehr erschwert wegen starker Stomatitis; auch sind die Zähne der Patientin äusserst schlecht gepflegt, grössenteils sind sie

sehr lose und wackelig. Einmal gelang es dem Verfasser bei Anwendung eines Kieferdilatators den Pharynxreflex deutlich auszulösen.

Bei diesen 8 vom Verfasser untersuchten Hysterischen liess sich also, wie wir gesehen haben, in 5 Fällen der Pharynxreflex deutlich auslösen; in einem war derselbe abgeschwächt und in 2 Fällen überhaupt nicht vorhanden. Dieses Fehlen des Pharynxreflexes bei einigen Hysterischen ist aber keineswegs so häufig, dass man es als für die Hysterie characteristisch bezeichnen könnte. Wie nun nachstehende Statistik zeigt, liess sich bei 200 vom Verfasser untersuchten Nichthysterischen bei 71—72% die deutliche Reflexerregbarkeit des Pharynx nachweisen, während sie bei 6—8% abgeschwächt, und bei 21—22% gar nicht vorhanden war. Eine Pharynxanästhesie ist also auch bei Normalen absolut nichts ungewöhnliches und es ist nicht gut einzusehen, weshalb M. Souques gerade dieses Phänomen als wichtiges diagnostisches Zeichen, als Stigma für Hysterie bezeichnen konnte.

Zum Schluss ist es mir eine angenehme Pflicht, meinem hochverehrten Lehrer Herrn Professor F. Schultze wegen Ueberlassung vorstehender Arbeit und gütige Durchsicht derselben meinen aufrichtigen Dank auszusprechen.

Statistik.

Name	Alter, (Jahre)	Rachenreflexe	Gaumensegelreflexe
F. B.	20	nicht vorhanden	nicht vorhanden
Ch. H.	54	vorhanden	vorhanden
W. K.	23	vorhanden	nicht vorhanden
H. Sch.	48	nicht vorhanden	nicht vorhanden
P. A.	34	vorhanden	vorhanden
F. A.	32	vorhanden	nicht vorhanden
G. R.	19	vorhanden	vorhanden
M. L.	34	nicht vorhanden	nicht vorhanden
L. R.	25	vorhanden	vorhanden
W. K.	24	vorhanden	vorhanden
E. A.	22	vorhanden	vorhanden
L. S.	25	vorhanden	vorhanden
H. L.	33	nicht vorhanden	nicht vorhanden
J. W.	23	vorhanden	vorhanden
J. L.	25	vorhanden	vorhanden
J. H.	40	vorhanden	vorhanden
A. B.	24	nicht vorhanden	vorhanden
J. W.	24	nicht vorhanden	nicht vorhanden
A. R.	27	vorhanden	vorhanden
E. L.	18	vorhanden	vorhanden
C. A.	22	vorhanden	vorhanden
M. G.	23	nicht vorhanden	vorhanden
H. H.	53	nicht vorhanden	nicht vorhanden
P. A.	42	vorhanden	vorhanden
G. M.	14	nicht vorhanden	nicht vorhanden
W. H.	16	vorhanden	vorhanden
W. B.	20	vorhanden	vorhanden
W. K.	15	vorhanden	vorhanden
E. K.	10	vorhanden	vorhanden

Name	Alter (Jahre)	Rachenreflexe	Gaumensegelreflexe
J. B.	30	vorhanden	vorhanden
E. M.	26	vorhanden	vorhanden
F. G.	16	vorhanden	vorhanden
J. B.	26	abgeschwächt	abgeschwächt
P. N.	27	abgeschwächt	nicht vorhanden
C. A.	23	vorhanden	vorhanden
O. E.	20	vorhanden	vorhanden
W. Sch.	24	vorhanden	vorhanden
J. W.	27	abgeschwächt	abgeschwächt
A. B.	17	vorhanden	vorhanden
A. O.	43	vorhanden	vorhanden
E. M.	26	abgeschwächt	nicht vorhanden
J. H.	33	vorhanden	vorhanden
L. W.	20	vorhanden	vorhanden
L. B.	24	vorhanden	vorhanden
F. K.	24	nicht vorhanden	nicht vorhanden
J. Sch.	23	abgeschwächt	nicht vorhanden
Th. F.	23	vorhanden	vorhanden
C. E.	24	abgeschwächt	abgeschwächt
G. Cz	31	vorhanden	vorhanden
H L.	54	vorhanden	vorhanden
R. R.	44	nicht vorhanden	nicht vorhanden
M. W.	23	vorhanden	vorhanden
T. Sch.	23	nicht vorhanden	nicht vorhanden
A. D.	29	nicht vorhanden	vorhanden
C. W.	17	vorhanden	vorhanden
P. B.	56	vorhanden	vorhanden
R. N.	25	nicht vorhanden	nicht vorhanden
J. D.	24	vorhanden	vorhanden
L. Z.	26	vorhanden	vorhanden
F. K.	29	vorhanden	vorhanden

Name	Alter (Jahre)	Rachenreflexe	Gaumensegelreflexe
W. St.	22	vorhanden	vorhanden
J. R.	25	vorhanden	vorhanden
C. H.	25	vorhanden	vorhanden
P. B.	42	vorhanden	vorhanden
H. P.	33	nicht vorhanden	nicht vorhanden
H. D.	30	vorhanden	vorhanden
J. W.	55	vorhanden	vorhanden
A. G.	40	vorhanden	vorhanden
A. Sch.	19	vorhanden	vorhanden
E. W.	24	vorhanden	vorhanden
O. B.	27	nicht vorhanden	abgeschwächt
C. F.	37	nicht vorhanden	nicht vorhanden
H. H.	16	vorhanden	vorhanden
J. H.	11	vorhanden	vorhanden
W. R.	27	abgeschwächt	nicht vorhanden
J. R.	21	nicht vorhanden	nicht vorhanden
E. St.	28	vorhanden	vorhanden
H. P.	58	vorhanden	vorhanden
A. A.	36	vorhanden	vorhanden
V. B.	30	vorhanden	vorhanden
J. N.	27	vorhanden	vorhanden
P. M.	21	nicht vorhanden	nicht vorhanden
H. R.	18	vorhanden	vorhanden
C. A.	32	vorhanden	vorhanden
C. D.	20	nicht vorhanden	abgeschwächt
K. H.	20	vorhanden	vorhanden
P. M.	19	nicht vorhanden	nicht vorhanden
Th. J.	18	vorhanden	vorhanden
E. G.	37	vorhanden	vorhanden
P. K.	25	vorhanden	vorhanden
J. M.	24	vorhanden	vorhanden

Name	Alter (Jahre)	Rachenreflexe	Ganmensegelreflexe
A. S.	42	vorhanden	vorhanden
J. F.	26	abgeschwächt	abgeschwächt
A. G.	24	vorhanden	vorhanden
R. K.	22	vorhanden	vorhanden
W. Sch.	27	vorhanden	vorhanden
A. B.	29	nicht vorhanden	nicht vorhanden
J. St.	22	vorhanden	vorhanden
O. W.	21	vorhanden	vorhanden
A. Sch.	34	nicht vorhanden	nicht vorhanden
Ph. F.	60	nicht vorhanden	nicht vorhanden
J. C.	25	vorhanden	vorhanden
J. A.	25	vorhanden	vorhanden
F. Pf.	22	nicht vorhanden	nicht vorhanden
H. K.	24	vorhanden	vorhanden
E. St.	19	vorhanden	vorhanden
J. R.	65	nicht vorhanden	nicht vorhanden
H. K.	22	vorhanden	vorhanden
J. V.	55	vorhanden	vo handen
Cl. P.	20	vorhanden	vorhanden
C. Sch.	21	vorhanden	vorhanden
F. K.	19	vorhanden	vorhanden
W. T.	34	nicht vorhanden	nicht vorhanden
J. U.	28	vorhanden	vorhanden
F. Sch.	35	abgeschwächt	abgeschwächt
Th. H.	43	vorhanden	vorhanden
W. Me.	61	nicht vorhanden	nicht vorhanden
H. St.	17	vorhanden	vorhanden
F. H.	36	vorhanden	vorhanden
C. V.	28	nicht vorhanden	nicht vorhanden
K. K.	21	vorhanden	vorhanden
W. Z.	51	vorhanden	vorhanden

Name	Alter (Jahre)	Rachenreflex.	Gaumensegelreflex.
P. H.	18	vorhanden	vorhanden
W. O.	25	nicht vorhanden	abgeschwächt
Th. H.	20	vorhanden	vorhanden
L. D.	28	vorhanden	vorhanden
H. G.	42	vorhanden	vorhanden
C. K.	24	vorhanden	vorhanden
E. B.	31	vorhanden	vorhanden
W. P.	23	nicht vorhanden	nicht vorhanden
C. D.	26	vorhanden	vorhanden
W. Sch.	26	vorhanden	vorhanden
H. H.	28	vorhanden	vorhanden
E. M.	21	vorhanden	vorhanden
F. Sch.	43	vorhanden	vorhanden
A. D.	21	vorhanden	vorhanden
W. U.	24	abgeschwächt	nicht vorhanden
L. C.	37	vorhanden	vorhanden
J. C.	47	nicht vorhanden	nicht vorhanden
W. G.	25	vorhanden	vorhanden
F. S.	20	vorhanden	vorhanden
H. G.	36	nicht vorhanden	nicht vorhanden
K. M.	22	abgeschwächt	abgeschwächt
F. B.	28	vorhanden	vorhanden
E. G.	24	vorhanden	vorhanden
R. J.	31	nicht vorhanden	nicht vorhanden
M. P.	24	vorhanden	vorhanden
W. Z.	21	vorhanden	vorhanden
P. W.	64	vorhanden	vorhanden
Th. U.	50	vorhanden	vorhanden
M. W.	26	nicht vorhanden	nicht vorhanden
F. L.	64	vorhanden	vorhanden
C. R.	41	vorhanden	vorhanden

Name.	Alter (Jahre)	Rachenreflexe	Gaumensegelreflexe.
E. E.	69	vorhanden	vorhanden
W. Sch.	33	vorhanden	vorhanden
P. W.	22	vorhanden	vorhanden
M. N.	42	vorhanden	vorhanden
F. B.	46	vorhanden	vorhanden
L. A.	56	vorhanden	vorhanden
Ph. K.	38	vorhanden	vorhanden
W. St.	63	nicht vowanden	nicht vorhanden
C. W.	19	abgeschwächt	abgeschwächt
J. H.	38	nicht vorhanden	nicht vorhanden
C. B.	26	vorhanden	vorhanden
F. H.	25	vorhanden	vorhanden
P. H.	53	vorhanden	vorhanden
W. L.	26	vorhanden	vorhanden
K. B.	27	vorhanden	vorhanden
M. W.	59	vorhanden	vorhanden
C. H.	28	vorhanden	vorhanden
J. L.	20	abgeschwächt	nicht vorhanden
A. H.	32	vorhanden	vorhanden
W. Sch.	18	vorhanden	vorhanden
M. M.	46	abgeschwächt	nicht vorhanden
R. E.	54	nicht vorhanden	nicht vorhanden
B. K.	59	vorhanden	vorhanden
P. N.	45	vorhanden	vorhanden
P. E.	25	vorhanden	vorhanden
P. R.	51	abgeschwächt	abgeschwächt
J. F.	28	vorhanden	vorhanden
A. C.	26	vorhanden	vorhanden
A. R.	29	vorhanden	vorhanden
F. Sch.	56	nicht vorhanden	nicht vorhanden
H. R.	31	vo rhanden	vorhanden

Name	Alter (Jahre)	Rachenreflexe	Gaumensegelreflexe.
Th. B.	27	vorhanden	vorhanden
F. Th.	36	vorhanden	vorhanden
J. S.	62	nicht vorhanden	nicht vorhanden
J. Sch.	36	vorhanden	vorhanden
C. T.	29	vorhanden	vorhanden
A. R.	27	vorhanden	vorhanden
C. R.	27	nicht vorhanden	nicht vorhanden
F. S.	63	vorhanden	vorhanden
A. K.	54	nicht vorhanden	vorhanden
P. M.	25	vorhanden	vorhanden
P. T.	71	vorhanden	vorhanden
P. B.	26	vorhanden	vorhanden
C. R.	24	vorhanden	vorhanden
A. B.	28	abgeschwächt	abgeschwächt
J. H.	54	vorhanden	vorhanden
F. Sch.	18	vorhanden	vorhanden.

Rachenreflex:
- vorhanden bei 141 = 71%
- abgeschwächt bei 16 = 8%
- nicht vorhanden bei 42 = 21%

Gaumensegelreflexe:
- vorhanden bei 143 = 72%
- abgeschwächt bei 12 = 6%
- nicht vorhanden bei 44 = 22%

Litteratur.

Traité Clinique et Thèrapeutique de l'Hysterie par le Docteur Gilles de la Tourette, Paris 1891.

Schmidt's Jahrbücher der Medizin 1883, Band 199 und 200.

Strümpell, Spezielle Pathologie und Therapie 1892 II. 1.

Deutsche Medizinische Wochenschrift 1893 Nr. 1 und 2, „Zur Lehre von den Nervenkrankheiten nach Unfällen" von Prof. Dr. Fr. Schultze in Bonn.

Engelhardt, Ueber Pharynxreflexe bei Normalen und Hysterischen. Diss. Bonn 1893.

VITA.

Geboren wurde ich, Christian Leonhard Bircks, Sohn des verstorbenen Kaufmanns Johann Leonhard Bircks und seiner Ehegattin Henriette Josephine Oerding, am 30. Juni 1870 zu Krefeld. Nachdem ich den ersten Unterricht in der Elementarschule meiner Vaterstadt genossen, besuchte ich von 1879 ab das dortige Gymnasium, welches ich Ostern 1889 mit dem Zeugnis der Reife verliess. Dann widmete ich mich dem Studium der Medizin auf den Universitäten Bonn, München, woselbst ich meiner aktiven Dienstpflicht mit der Waffe beim k. b. Infanterie-Leib-Regiment genügte, und Würzburg, von wo ich nach bestandenem tentamen physicum nach Bonn zurückkehrte, um hier meine Studien zu vollenden.

Allen hochverehrten Herren Professoren und Docenten, deren Vorlesung zu hören ich die Ehre hatte, meinen verbindlichsten Dank.